

申請方法

以下の書類を郵送または申し込み先にご提出、または電子申請にて申請してください。

申請書兼請求書（令和6年4月1日改正の様式をお使いください）

介護福祉士登録証の写し

就労状況を証明する書類（紙での申請の場合申請書兼請求書の就労証明欄を使用しても可。電子申請の場合（参考様式）就労証明書の写し）

対象経費の領収書（宛名が申請者のものに限る）の写し

介護技術講習の修了証明書の写し（対象経費Dを申請される方のみ）

受験手数料及び登録手数料の領収書（払込受領証）は筆記試験受験票に印字されています。クレジットカードで支払った場合には、領収書等の写しをクレジットカード契約証明書にかえることが可能です。

他の研修や講座とセットで受講した場合は、金額の内訳がわかる書類もご提出ください。

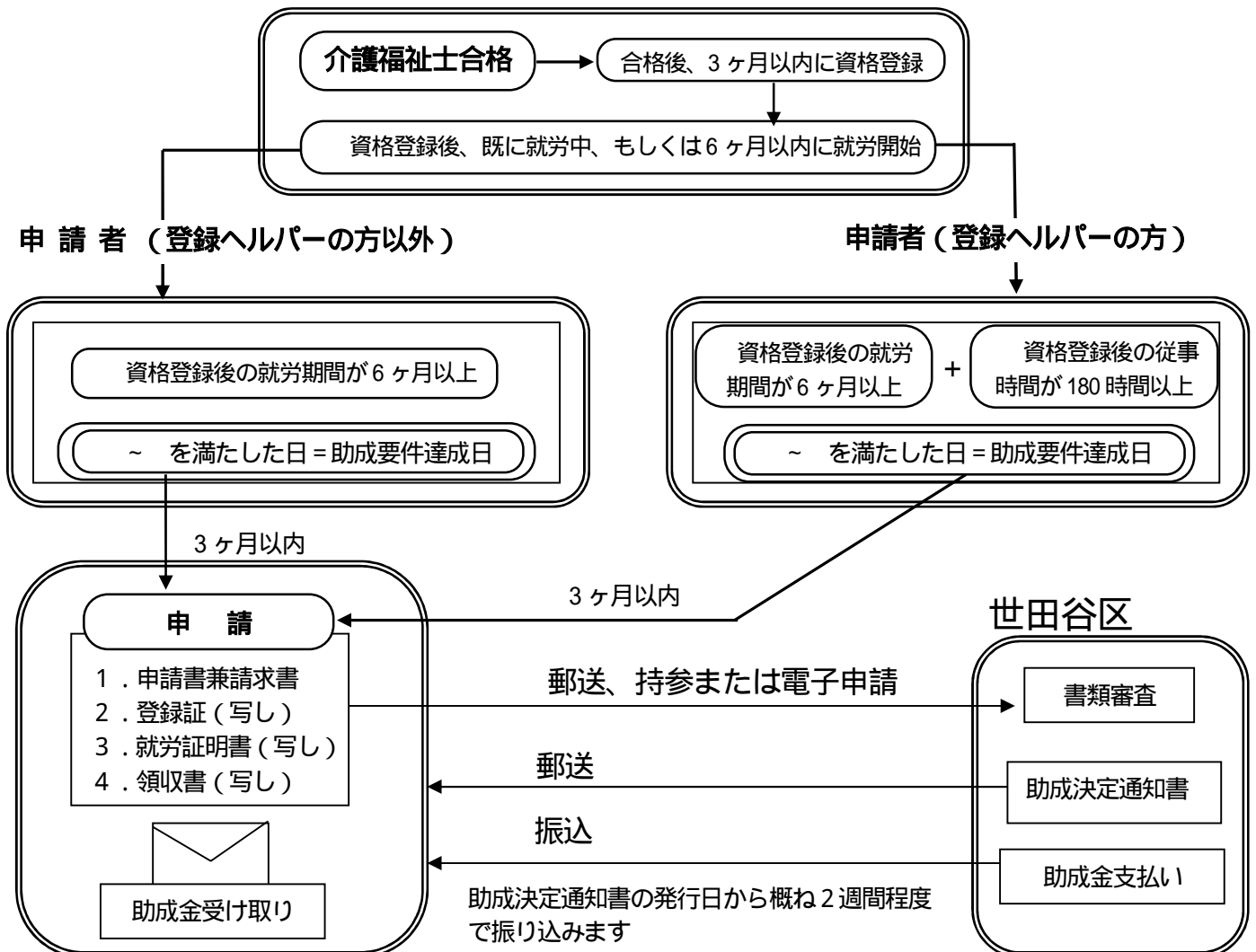
電子申請の申請方法は、右の二次元コードからご確認ください。



注意事項

- ・国や東京都、他の地方公共団体、公益団体等から同種の助成金等を受けている場合は助成対象となりません。
- ・申請書兼請求書は、黒色ボールペンで記入してください（消せるボールペン不可）。
- ・申請書兼請求書の申請者記入欄を訂正する場合は、二重線で訂正してください。ただし、受講料等（助成対象経費）の訂正は出来ません。
- ・勤務先から受講料の一部が補助されている場合は、受講料からその額を控除します。
- ・書類上、旧姓と新姓が混在している場合は、同一人物である証明書類をご提出ください。
- ・領収書の写しが発行されない場合は、クレジットカード契約証明書の写しもしくは払込受領証や振込明細書の写しをご提出ください。

申請から助成金の受け取りまで



別表（第2条関係）

介護保険法	1	指定居宅サービス	訪問介護 訪問入浴介護 通所介護 通所リハビリテーション 短期入所生活介護 短期入所療養介護 特定施設入居者生活介護
	2	指定地域密着型サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護 認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 看護小規模多機能型居宅介護
	3	介護保険施設	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 2024年3月廃止 介護医療院
	4	指定介護予防サービス	介護予防訪問入浴介護 介護予防通所リハビリテーション 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防特定施設入居者生活介護
	5	指定地域密着型介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防認知症対応型共同生活介護
	6	介護予防・日常生活支援総合事業	第一号訪問事業の従前相当サービス （従来の介護予防訪問介護に相当） 第一号通所事業の従前相当サービス （従来の介護予防通所介護に相当）
老人福祉法	7	老人福祉施設	養護老人ホーム 特別養護老人ホーム 軽費老人ホーム 老人デイサービスセンター 老人短期入所施設
障害者総合支援法	8	障害福祉サービス	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護 療養介護 生活介護 短期入所 重度障害者等包括支援 施設入所支援 自立訓練 就労移行支援 就労継続支援 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助
児童福祉法	9	障害児通所支援	児童発達支援 医療型児童発達支援 放課後等デイサービス 居宅訪問型児童発達支援 保育所等訪問支援
	10	児童福祉施設	障害児入所施設
その他	11	その他施設	高齢者一時生活援助施設

< 問い合わせ・申し込み先 >

〒154-8504 世田谷区世田谷 4-21-27

介護サービス事業所：高齢福祉課管理係（分庁舎（ノバビル）3階）

TEL 03-5432-2397 FAX 03-5432-3085（月～金 8時30分～17時15分）

障害サービス事業所：障害施策推進課事業担当（第2庁舎3階）

TEL 03-5432-2388 FAX 03-5432-3021（月～金 8時30分～17時15分）

ホームページ：[目次から探す](#) [福祉・健康](#) [高齢・介護](#) [介護人材対策事業](#) [介護人材対策事業\(介護職員・求職者の皆様向け\)](#)

記入時の注意事項

令和6年4月1日改正

申請者記入欄と事業所記入欄を記入した後、日付を記入する。日付は、和暦で記入。

申請日 年 月 日

世田谷区長 あて

世田谷区介護福祉士資格取得費用助成金交付申請書兼請求書

世田谷区介護福祉士資格取得費用助成金の交付を受けたいので、必要書類を添えて次のとおり申請します。助成決定後は、決定金額を以下の口座にお振込みください。

以下の事項()を確認し、チェックボックス にチェックを入れてください。(チェックボックス にチェックがない場合は、助成金の交付対象者になりません。)			
()本事業の対象経費の助成を受けるにあたり、国、東京都、公益団体等で実施されている他の類似の助成を受けていないこと及び、今後の類似の助成を申請しないことをここに申し添えます。		<input checked="" type="checkbox"/> チェックボックス 訂正する場合は、二重線で訂正。	
申請者	住所	〒 世田谷区 世田谷 〇〇〇	
	氏名	金額を誤って記入した場合、金額の訂正は出来ないため、新しい用紙で記入し直す。	日中に連絡できる電話番号
申請者記入欄	申請する経費の内訳	<input type="checkbox"/> 介護福祉士受験対策講座受講料 (講座、セミナー、模擬試験等)	実施事業者名(株式会社) ・受講料(総額) 30,000 円
		<input type="checkbox"/> 介護福祉士国家試験	・受験手数料 15,300 円
		<input type="checkbox"/> 介護福祉士資格登録	・登録手数料 3,320 円
		<input type="checkbox"/> 介護技術講習の受講料	・講習実施事業者名() ・受講料 円
「介護福祉士実務者研修」は介護技術講習には含まれない。		〇〇〇 銀行・信用金庫・信用組合・共済・農協	申請時に、勤務先から同様の助成を既に受けている方、もしくは勤務先から助成を受けることが確定している方は、その金額を記入
振込口座	預金種別	1 普通	2 〇
	口座番号	ゆうちょ銀行の場合は振込用の店名(漢数字)を記入	
	口座名義(カナで記入)	〇 〇 〇 〇	
事務所の助成額		0 円	

事業所記入欄	フリガナ	申請者氏名	勤務先名称
	勤務先所在地	世田谷区	勤務先電話番号
	雇用形態(該当に印)	常勤・非常勤・登録ヘルパー・ 臨時(パート)・その他()	登録ヘルパーのみ記入 登録ヘルパーとしての従事時間が、介護福祉士資格の登録以降180時間を超えた日を記入
勤務先証明欄	申請者は、 年 月 日付で当事業所に採用(登録)し、資格登録後の就労期間が6ヶ月を経過した現在も当事業所の介護職員として勤務(登録)していることを証明する。		証明日は、研修修了日から6ヶ月経過した日以降の日付
	所在地	年 月 日	年 月 日
	法人又は事業所名	(法人代表印・社印又は事業所印・事業所長の印)	
	代表者 職・氏名		

世田谷区処理欄	提出書類確認	運営法人の代表者名(理事長、代表取締役社長など) または、 勤務先の所属長名(施設長、事業所長など)	私印不可
	申請書(内容確認)	[]	円
	登録証(写)	[]	円
	領収書(写)	[]	円
助成決定金額			円